

# 저소득 가구 수도요금 지원 프로그램(LIHWAP) 보조금 신청서

작성 및 서명이 완료된 신청서 발송 주소: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

## 신청자 또는 가구 정보(인쇄체로 쓰세요)

상하수도 요금 고지서를 납부할 직접적인 일차 책임이 있는 사람은 이 신청서를 작성해야 합니다. 요금 고지서에 이 신청자의 이름이 있어야 합니다.

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 이니셜: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_  유선  휴대폰 거주 카운티: \_\_\_\_\_

위 주소와 다를 경우 우편 주소: \_\_\_\_\_

이메일 주소(선택 사항): \_\_\_\_\_ 본인에게 사용되는 기타 이름: \_\_\_\_\_

주택 유형:  자가  상하수도 요금이 포함된 월세  상하수도 요금이 별도 청구되는 월세  기타

상하수도 통합  수도

서비스가 중단된 적이 있습니까?  예  아니요 서비스 중단 고지를 받았습니까?  예  아니요

나는 다음의 항목에 대한 지원을 신청합니다:  연체 고지서.  최근 고지서

벤더 이름: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

서비스 기간(청구서에 기재된 경우) 시작: \_\_\_\_\_ 종료: \_\_\_\_\_ 지불할 금액: \_\_\_\_\_ 달러

하수도

서비스가 중단된 적이 있습니까?  예  아니요 서비스 중단 고지를 받았습니까?  예  아니요

나는 다음의 항목에 대한 지원을 신청합니다:  연체 고지서.  최근 고지서

벤더 이름: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

서비스 기간(청구서에 기재된 경우) 시작: \_\_\_\_\_ 종료: \_\_\_\_\_ 지불할 금액: \_\_\_\_\_ 달러

신청자 본인을 포함해 신청자 가구 전 구성원을 기입하십시오. 필요 시 용지를 추가로 첨부하십시오. 성 정체성, 민족 및 인종은 선택 사항입니다. 인종을 구분하려면 다음을 사용해 주십시오. 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민 (I), 아시아계(A), 흑인 또는 아프리카계 미국인(B), 다인종(M), 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬주민(P), 백인(W), 기타(O).

1. 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 이니셜: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성 성 정체성(선택 사항) \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계 본인

사회보장번호 \_\_\_\_\_ 시민권자/ 미국 국적 또는 합법적 외국인:  예  아니요

민족 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계(선택 사항):  예  아니요 인종(선택 사항) \_\_\_\_\_

2. 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 이니셜: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성 성 정체성(선택 사항) \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계 \_\_\_\_\_

사회보장번호 \_\_\_\_\_ 시민권자/ 미국 국적 또는 합법적 외국인:  예  아니요

민족 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계(선택 사항):  예  아니요 인종(선택 사항) \_\_\_\_\_

3. 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 이니셜: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성 성 정체성(선택 사항) \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계 \_\_\_\_\_

사회보장번호 \_\_\_\_\_ 시민권자/ 미국 국적 또는 합법적 외국인:  예  아니요

민족 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계(선택 사항):  예  아니요 인종(선택 사항) \_\_\_\_\_

4. 이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 이니셜: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성 성 정체성(선택 사항) \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계 \_\_\_\_\_

사회보장번호 \_\_\_\_\_ 시민권자/ 미국 국적 또는 합법적 외국인:  예  아니요

민족 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계(선택 사항):  예  아니요 인종(선택 사항) \_\_\_\_\_

다음의 수당을 받는 가족 구성원이 있습니까?  가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP),  영양보충지원 프로그램(SNAP),  임시 지원(TA) 또는  사회보장 생활보조금 (SSI 독거)

답변이 예인 경우, 누가 받고 있습니까? \_\_\_\_\_ 사례번호: \_\_\_\_\_

가구 내에 장애인이나 시각 장애인이 있습니까?  예  아니요 답변이 예라면, 그 사람은 누구입니까? \_\_\_\_\_

소득: 신청자 본인을 포함한 가구 전 구성원의 이전 달 소득 정보를 기입하십시오. 신청자는 소득 증빙 자료를 제공해야 합니다. 신청자는 다른 가구 구성원을 대표해 소득 정보를 입증해야 합니다. 수입원은 고용주 이름, 사회보장, 사회보장 장애보험, 자녀 양육비, 임대 소득 등입니다. 빈도는 지급 받는 빈도로서 매주, 매월, 격주 등입니다. 총 금액은 공제 전 지급된 금액입니다. 메디케어 수혜자인 경우, 총액을 기입하고 파트 B 및/또는 파트 D 에 납부하는 금액을 표시하세요.

수령자 이름	수입원	빈도	총 금액	메디케어 파트 B 및/또는 D
_____	_____	_____	_____ 달러	_____ 달러
_____	_____	_____	_____ 달러	_____ 달러
_____	_____	_____	_____ 달러	_____ 달러
_____	_____	_____	_____ 달러	_____ 달러

**중요 정보 및 동의 사항: (서명하기 전에 주의 깊게 읽어보십시오)**

나는 본 신청서를 제출함에 있어 모든 정보가 사실이며 완전하며 정확한 것으로 이해합니다. 본인은 저소득 가구 수도 요금 지원 프로그램(LIHWP) 혜택의 신청서와 관련하여 본인이 거짓 진술이나 고의적인 기타 허위 진술을 할 경우, 본인을 위해 상하수도 공급업체(벤더)에게 지급되는 보조금에 대한 자격 상실로 이어질 수 있음을 이해합니다. 또한 이 프로그램에 따른 지원을 받기 위해 본인이 고의적인 거짓 진술이나 허위 표현을 할 경우 민사 및/또는 형사적 처벌을 받을 수 있습니다. 본 신청서에 제공하거나 확인을 통해 발견된 정보는 공식 조사를 목적으로 기타 주 기관, 연방 기관 및 지역 기관 그리고 사기 조사 또는 기소를 목적으로 사법 관계 기관에 공개될 수 있습니다. 귀하의 가구를 상대로 청구 요청이 발생한 경우, 모든 사회보장번호(SSN)를 포함한 본 신청서 상의 정보는 청구액 징수 조치를 위해서 연방 및 주 기관은 물론이고, 민간 징수 기관에 제공될 수도 있습니다.

나는 본 신청서를 제공함으로써 LIHWAP 보조금 신청서와 관련해 내가 제공했던 정보를 확인 또는 입증하기 위한 뉴욕주 임시장애지원국(OTDA)에 대한 어떠한 조사에도 동의하고 있는 것으로 이해합니다. 내가 LIHWAP 신청서에 제공했던 정보와 문서는 신원 확인에 사용될 것이며 본인과 기타 가구 구성원이 받은 근로 소득과 불로 소득 입증을 위해, 아울러 신청자가 지급금이나 기타 지원을 받을 수 있는 지 결정하기 위해 공개되거나 재공개될 수 있습니다. 나는 OTDA 또는 기타 주 정부, 연방, 지방 또는 기타 관계자와의 모든 대화, 문자 또는 기타 통신 수단에서 제공된 정보 외에 이들 기관이 내가 제공했던 모든 문서와 본 신청서 상의 정보를 기록, 저장하고 이에 접근해 활용하는 데 동의합니다. 나는 사회보장서비스 지역사무소, 기타 지역 기관이나 단체 및 미국 보건복지부(HHS)를 포함하나 이에 국한되지 않고 LIHWAP 행정에 필요한 모든 기관에 나의 LIHWAP 자격에 관계되거나 본 신청서에 제공된 정보를 공개하는 것에 명시적으로 동의합니다. 또한 보조금 중복을 피하기 위해 본 신청서에 제공되거나 LIHWAP 자격에 관계된 정보를 여타의 기관에 공개하고 이를 사용하는 것에 동의합니다. 나는 LIHWAP 보조금 신청과 관련해 OTDA 가 추가 정보를 요청할 수도 있음을 이해하며 OTDA 가 정한 시간 내에 요청된 그러한 정보를 제공하는 데 동의합니다.

나는 본 신청서에 유선 전화번호 또는 이동전화 번호를 제공하거나 문자 메시지(SMS/MMS)를 통한 연락을 요청 함으로써 OTDA 가 문자 메시지를 전송하거나 전화 연락하거나 LIHWAP 에 관계된 음성 메시지를 남기는 데 이러한 번호를 이용할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 무선 통신 사업자의 표준 문자 메시지와 데이터 요금 이 부과될 수 있습니다. 통화나 문자메시지 수신에 관계된 모든 요금은 개별 수신자 부담입니다. 뉴욕주와 그 대리인은 귀하의 LIHWAP 신청으로 인해 또는 이와 관련된 음성, 문자 메시지, 데이터 비용을 포함하나 이에 국한되지는 않는 손해, 손실, 청구, 지출 또는 비용에 대해 책임을 지거나 이를 인정하지 않습니다. 통화 또는 문자 메시지(SMS/MMS) 수신에 관한 세부 사항은 전화 서비스 사업자에게 확인하십시오. 자동 전화 걸기 시스템으로 문자 메시지가 전송되거나 전화 통화가 이뤄질 수 있습니다. 나는 이메일 주소를 제공함으로써 OTDA 가 LIHWAP 에 관계된 서신을 내가 제공한 이메일 주소로 전송할 수도 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

또한 본 신청서에 제공된 정보를 상하수도 지원 프로그램, 냉난방 프로그램, 공공 서비스 업체의 저소득층 프로그램을 추천할 때 사용하는 것에 동의합니다. 본인은 OTDA 가 본인의 사회보장번호를 사용하여 상하수도 벤더와 LIHWAP 수령 여부를 확인하는 데 사용하는 것을 이해합니다. 이러한 승인에는 벤더(본인의 공공 서비스 업체 포함)가 본인의 상하수도 사용량, 소비, 연간 비용, 지불 내역 등을 포함한 특정 통계학적 정보를 OTDA 및 HHS 에게 LIHWAP 성과 평가를 포함하되 이에 국한되지 않는 목적으로 공개하는 것에 대한 승인이 포함됩니다.

나는 위의 동의 내용을 읽고 이해하였으며 그에 따른 허가 및 동의 사항에 찬성합니다. 나는 본 신청서에 서명하고 이를 OTDA 에 제출함으로써 위증죄의 형벌에 따라 그렇게 행동할 것임을 이해하고 이에 동의하며, 본 신청서에 제공된 정보가 사실이며 완전하고 정확함을 단언하고 있습니다.

이름(인쇄체로 기입) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

허가된 대리인: 귀하의 가정 상황을 알고 있는 사람을 대리인으로 지정할 수 있습니다. 승인된 대리인은 LIHWAP 신청서를 작성 및 접수하고, 해당 기관에 연락하여 담당자와 상담하고, 신청인의 사건 파일의 자격 정보를 확인하고, 신청인을 위해 모든 양식을 작성하고, 문서를 제공하며, 해당 기관의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하는 이 신청서에 반드시 서명해야 합니다. 승인된 대리인 지정은 신청인이 취소하지 않을 경우 효력이 유지됩니다. 본인은 대리인을 지정하고 승인하겠습니다.  예  아니요

이름(인쇄체로 기입) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 신청자 안내

작성 및 서명이 완료된 신청서 발송 주소:

NYS OTDA/LIHWAP  
PO Box 1789  
Albany, NY 12201

**무엇을 신청해야 하나요?** 신청인은 신청서와 함께 다음의 문서/정보를 포함시켜야 합니다. 원본이 아닌 사본을 제공해 주십시오.

- 신청 당사자의 신원 증명서. 신원 문서는 기타 모든 가구 구성원에 대해 요청되나, 필수적인 것은 아닙니다.
- 주거지 증빙 서류. 신청자는 지원을 요청하는 거주지에 거주하고 있어야 합니다.
- 신청인의 영구 거주지 및 주 거주지가 명시된 상하수도 요금 고지서 요금 고지서에는 신청서를 작성하는 당사자의 이름이 써 있어야 합니다.
- 신청 당사자 소득 자료 기타 모든 가구 구성원의 소득액이 기입되어야 하지만, 서류가 꼭 필요한 것은 아닙니다.
- 신청 당사자의 유효한 사회보장번호(SSN). SSN는 기타 모든 가구 구성원에 대해 요청되나, 필수적인 것은 아닙니다.

**누가 신청서에 서명하고 작성을 완료해야 합니까?** 신청서는 상하수도 요금 고지서를 납부할 직접적이고 일차적인 책임을 가진 당사자가 작성해야 합니다.

**어떤 주소를 기재해야 됩니까?** 현재 주소를 기재해야 됩니다. 주소는 영구적인 주거지의 주소여야 합니다.

**내 전화번호가 필요한 이유는 무엇입니까?** 정보가 추가로 필요할 경우 귀하의 신청서를 적시에 처리할 수 있게 됩니다.

**가구 구성원으로 누구를 기재해야 됩니까?** 혈연관계가 아니거나 금전적으로 도움을 주지 않더라도 귀하의 집에 거주하는 사람이면 다 기재해야 됩니다. 본인을 첫 번째 줄에 기재합니다.

**성 정체성:** 뉴욕주는 성별, 성 정체성, 성 표현과 무관하게 주의 수당 및/또는 서비스를 이용할 권리를 보장합니다. 귀하 및 모든 가족 구성원의 성별이 남성인지 여성인지 보고해야 합니다. 여기에서 보고되는 성별은 반드시 미국 사회 보장국에 현재 등록된 성별과 동일해야 합니다. 성별 기입은 신청을 처리하기 위해 필요합니다. 수령하게 될 수당 카드 혹은 기타 공공 서류에 이러한 내용이 포함되지 않습니다. 성 정체성은 자신의 성별을 스스로 인식하고 규정하는 것입니다. 귀하의 성 정체성은 출생 당시의 성별과 같거나 다를 수 있습니다. 성 정체성은 본 신청에서는 필요하지 않는 정보입니다. 귀하 또는 가구 구성원의 성 정체성이 귀하가 해당 인물에 대해 칭하는 성별과 다르며 귀하가 해당 인물의 성 정체성을 기입하고자 하는 경우, 제시된 공간에 “남성”(Male), “여성”(Female), “중성”(Non-Binary), “엑스”(X), “성 전환자”(Transgender), “기타 성 정체성”(Different Identity) 중에서 하나를 인쇄체로 작성해주세요. 인쇄체로 “기타 성 정체성”이라고 작성한 경우, 제시된 공간에 해당 인물의 성 정체성을 더 자세히 설명하실 수도 있습니다.

**시민/외국인 정보:** LIHWAP 를 받으려면 미국 시민권자이거나 합법적 거주 외국인이거나 또는 미국 비시민 국민이어야 합니다. 합법적 거주 외국인 또는 미국 비시민 국민의 구성 요건에 관한 추가 정보가 궁금하시다면 뉴욕주 임시장애지원국(OTDA) 상담 전화 1-800-342-3009 번으로 문의하시거나 OTDA 웹사이트 <http://www.otda.ny.gov> 를 방문하십시오.

**인종/민족 정보:** 정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보를 요청하는 이유는 인종, 피부색 또는 출신 국가와 관계 없이 프로그램 혜택이 제공되는지 확인하기 위한 것입니다.

**모든 가구 구성원의 사회보장번호를 기입해야 합니까?** 신청자의 경우 유효한 사회보장번호는 필요하며 기타 모든 가구 구성원에 대해서도 요구됩니다. 구성원이 사회보장번호가 없지만 신청을 한 상태인 경우 사회보장번호 박스에 “applied”를 기입하십시오. 가구 구성원 중 신청 당사자를 위한 이 부분을 공란으로 두는 경우, 신청서는 처리될 수 없으며 추가 정보를 위해 유예됩니다.

**소득 부분은 어떻게 완성합니까? 증거를 제시해야 됩니까?** 전 가구 구성원의 근로 소득 및 불로 소득을 기입하십시오. 모든 금액은 공제전 총 소득 금액으로 입력해 주십시오. 공제 항목은 소득세, 자녀 양육비, 임금 차압, 건강 보험, 노동조합 회비 등을 포함하며 이에 한하지 않습니다. 신청 당사자의 자영업 소득 및 임대료 소득을 포함해 전 구성원의 근로 소득과 불로 소득에 관한 자료를 제출해야 합니다. 기타 소득에 대한 증빙 자료를 제공해야 될 수도 있습니다. 원본을 제출할 경우 반환되지 않습니다. 자격조건은 신청월의 총 가구 월별 소득을 기준으로 합니다. 메디케어 공제전 사회보장 금액을 기입해 주십시오. 메디케어 B 항목 및/또는 D 항목 지급 금액을 개별적으로 기재해 주십시오. 메디케어 B 항목 및 D 항목은 소득에서 제외됩니다. 은행 계좌, CD, 주식, 채권 또는 기타 투자 소득의 이자 또는 배당금 부분만 기입하십시오. 각 계정 개별 기재. 공간이 더 필요할 경우 추가 용지를 첨부하십시오. 올해 초부터 현재까지의 수령액을 입력하십시오.

**신청서에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오.** 이 신청서에는 본인 명의의 상하수도 요금 고지서를 받는 사람이 서명해야 합니다.

**심리:** 신청자는 신청자가 서명하고 작성한 신청서를 OTDA 에 접수한 후 업무일 기준 30 일이 지났지만 자격 결정에 대해 통보 받지 못하는 경우, 심리를 요청할 수 있습니다. 작성 내용이 부족한 신청서는 최대 10 일 동안 유예될 수 있으며 유예 기간은 통지서를 제공하기 전 30 일의 기간에 포함되지 않습니다. 지원이 거부되었거나 승인된 지원 금액에 동의하지 않는 신청자는 본 통지 날짜로부터 60 일 내로 심리를 요청할 수 있습니다. 이메일 주소 [NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov](mailto:NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov) 로, 전화번호 (833) 690-0208 로 또는 NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201 로 서면을 통해 심리 요청을 할 수 있습니다.

## 허용되는 문서 유형

<p><b>거주(현재 살고 있는 곳)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 세입자 및 지주의 성명 및 주소가 기재된 임대료 영수증 또는 이름과 주소가 기재된 임대차 계약</li> <li>• 상수, 하수, 또는 세금 청구서</li> <li>• 주택 소유자/세입자의 보험 증서</li> <li>• 수도광열비 청구서</li> <li>• 주소가 기재된 담보대출비용 지급 기록/영수증</li> </ul>	
<p><b>신원</b></p> <p>신청 당사자의 경우 다음 중 한 가지 이상을 제공해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 운전 면허증</li> <li>• 출생 증명서 또는 세례 증명서*</li> <li>• 사진이 부착된 신분증</li> <li>• 인증된 사회 보장 번호*</li> <li>• 미국 여권 또는 귀화 증명서</li> <li>• 타인의 진술서*</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>*두가지 형식의 입증 자료가 필요합니다.</b></p>	
<p><b>사회보장번호</b></p> <p>신청 당사자의 유효한 사회보장번호(SSN)를 제공해야 합니다. 만약 SSN이 없으면 사회보장국(SSA)에 신청해야 합니다.</p>	
<p><b>상하수도 요금 확인서</b></p> <p>최근의 상하수도 요금 고지서, 상하수도 요금이 명시된 최신 세금 고지서 또는 벤더의 요금 명세서 등의 사본을 제공해 주십시오. 상하수도 요금 고지서를 별도로 받는다면 해당 고지서 사본을 제공해 주십시오.</p>	
<p><b>소득:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 최근 4주간의 봉급 명세표</li> <li>• 자영업자일 경우 최근 삼 (3)개월간의 영업 기록 또는 모든 관련 명세서가 포함된 귀하가 신고한 금년도 연방소득세신고서.</li> <li>• 이전 삼(3) 개월간의 임대료 소득/임차료 또는 모든 관련 명세서가 포함된 귀하가 신고한 금년도 연방소득세신고서.</li> <li>• 자녀 양육비 또는 위자료/배우자 수당</li> <li>• 이자/은행/배당 또는 세금 계산서</li> <li>• 하숙제공자 진술서</li> </ul>	<p><b>지원금 관련 서신 또는 다음과 같은 사항에 대한 공식 서신의 복사본:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회보장/추가보장수익 (SSI)</li> <li>• 재향군인 지원금</li> <li>• 연금</li> <li>• 산재 보상/상해</li> <li>• 실업 보험 수당</li> </ul>